



ABORDAGEM CONSERVADORA NA RESTAURAÇÃO DE DENTES ENDODONCIADOS-CASO CLÍNICO

André Caetano¹ ; Maria João Antunes² ; Ana Mano Azul³

1- Aluno de Mestrado Integrado em Medicina Dentária do ISCSEM
2- Assistente da Unidade Curricular Medicina Dentária Conservadora do ISCSEM
3- Regente da Unidade Curricular Medicina Dentária Conservadora do ISCSEM

INTRODUÇÃO

O tratamento restaurador é essencial para o sucesso do tratamento endodôntico. No entanto, a reabilitação de dentes endodonciados continua a ser uma questão controversa. Com a crescente relevância biomimética, deve proceder-se de forma conservadora, mantendo a integridade estrutural dos dentes, recorrendo a materiais que apresentem características semelhantes aos dentes naturais (Nicheva, Vangelov, & Filipov, 2013). O uso de restaurações indirectas em resina composta tem sido crescente, como resultado de propriedades mecânicas melhoradas, fácil manuseamento, desgaste semelhante aos dentes naturais, possibilidade de reparação e custo reduzido. (Foteini Pantzari, 2013).

DESCRIÇÃO DO CASO CLÍNICO

Paciente do sexo masculino, com 61 anos de idade, compareceu na consulta de Medicina Dentária Conservadora, com necessidade de tratamento restaurador pós-tratamento endodôntico, de dois dentes posteriores (15 e 16). Foi proposto um plano de tratamento conservador, recorrendo a restaurações indirectas em resina composta (*onlay*). O plano de reabilitação foi efectuado em duas consultas relativamente às quais segue abaixo a descrição.

PROCEDIMENTO CLÍNICO – 1ª CONSULTA

- 1º - Elevação da margem cervical
- 2º - Isolamento absoluto
- 3º - Preenchimento do fundo da cavidade e das zonas retentivas com resina composta
- 4º - Talhe dos dentes, para *onlay*
- 5º - Impressão
- 6º - Restauração provisória



Fig.1 – Fotografia inicial



Fig.2 – Preparação para *onlay* do dente 16



Fig.3 – Preparação para *onlay* do dente 15

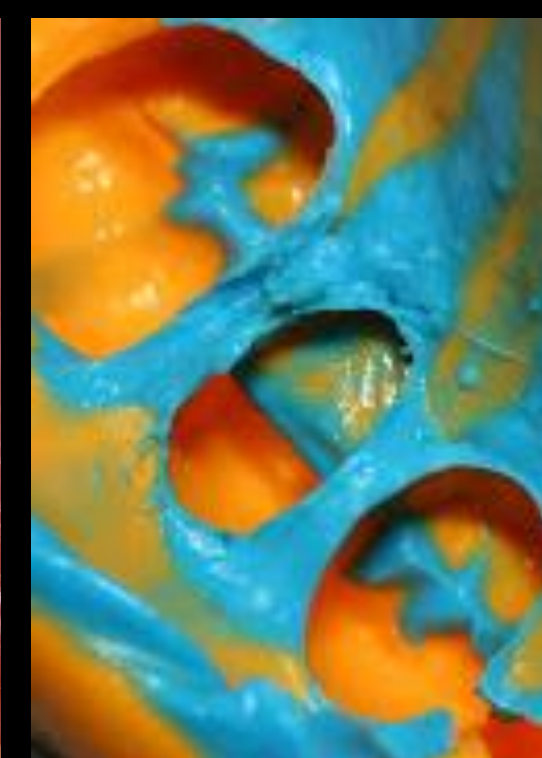


Fig.4 – Impressão dente 15



Fig.5 – Impressão dente 16

PROCEDIMENTO LABORATORIAL



Fig.6 – Modelo de gesso com troquel do dente 16



Fig.7 – Modelo de gesso com troquel do dente 15



Fig.8 – Modelo de gesso após confecção *onlay* 15

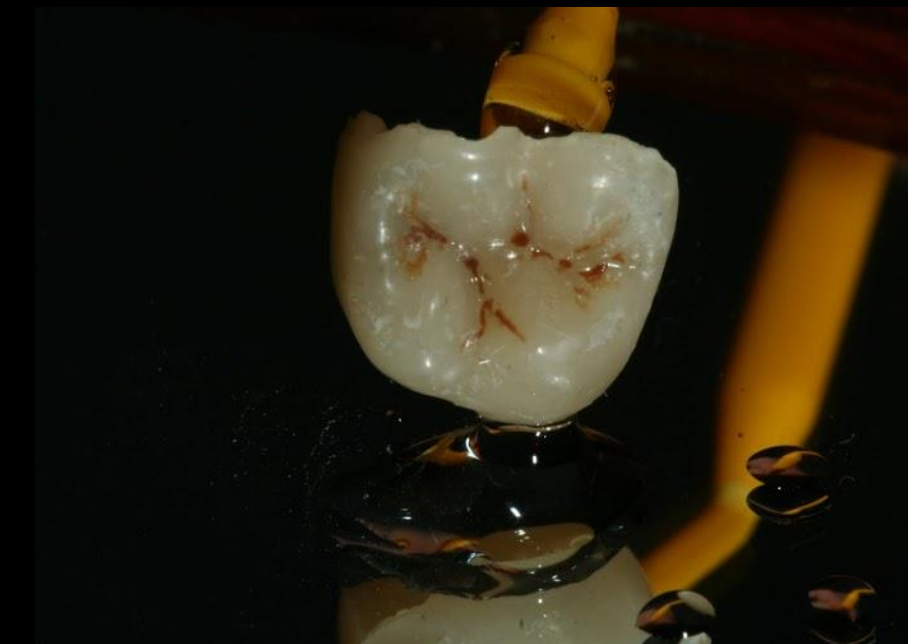


Fig.9 – *Onlay* 16, em resina composta



Fig.10 – *Onlay* 15, em resina composta

PROCEDIMENTO CLÍNICO – 2ª CONSULTA

Preparação da restauração indirecta:

1º - Jacteamento interno do *onlay* com óxido de alumínio (50 µm), (opcional: Cojet-3M) ; lavagem e secagem;

2ª - Aplicação de ácido ortofosfórico a 37%, lavagem e secagem;

3ª - Lavagem com álcool (opcional álcool/ água em ultrassons, durante 5 minutos), secagem;

4º - Aplicação de silano;

5º - Aplicação do adesivo ;

6º - Aplicação da resina composta pré-aquecida; (Magne, P., & Knezevic, A., 2009).



Fig.11 – Condicionamento com Ácido Ortofosfórico 37%, do dente 16



Fig.12 – Condicionamento com Ácido Ortofosfórico 37%, do dente 15



Fig.13 – Forno de aquecimento de resinas compostas



Fig.14 – Fotopolimerização da resina composta utilizada na cimentação do dente 16



Fig.15 – Fotopolimerização da resina composta utilizada na cimentação do dente 15

Preparação da cavidade:

1º - Condicionamento com ácido ortofosfórico a 37%, lavagem e secagem;

2ª - Aplicação do sistema adesivo;

3º - Cimentação;

4º - Remoção de excessos;

5º - Verificação da oclusão;

6º - Acabamento e polimento; (Magne, P., & Knezevic, A., 2009).



Fig.16 – *Onlays* 15 e 16 após a cimentação



Fig.17 – Faces oclusais



Fig.18 – Oclusão



Fig.19 – Integração estética dos *onlays* na arcada

DISCUSSÃO

A realização de restaurações indirectas está dependente da preparação dentária. O preparo deve ser ligeiramente expulsivo, com ângulos internos arredondados e ângulo cavo-superficial próximo dos 90º. (Magne & Knezevic, 2009). Nalguns casos a elevação das margens cervicais profundas, é uma técnica advogada que melhora a toma de impressão e o isolamento na fase de cimentação de restaurações indirectas.(Frankenberger et al., 2013). O recobrimento de cúspides parcial ou total, em dentes tratados endodonticamente é aconselhável, conferindo mais resistência ao dente (Scotti et al., 2012).

CONCLUSÕES

Este caso clínico ilustra como a aplicação de resinas compostas indirectas, com novas técnicas e protocolos de adesão, constitui uma alternativa restauradora estética, funcional e, mais conservadora e económica que uma reabilitação convencional com recurso à reconstrução de um falso coto e a uma coroa.

Bibliografia

- Foteini Pantzari, A. P. (2013). The Use Of Indirect Resin Composites In Clinical Practice: A Case Series. *Dentistry*, 03(03), 1–6. doi:10.4172/2161-1122.1000173
- Frankenberger, R., Hehn, J., Hajtő, J., Krämer, N., Naumann, M., Koch, A., & Roggendorf, M. J. (2013). Effect of proximal box elevation with resin composite on marginal quality of ceramic inlays in vitro. *Clinical Oral Investigations*, 17(1), 177–83. doi:10.1007/s00784-012-0677-5
- Magne, P., & Knezevic, A. (2009). Simulated fatigue resistance of composite resin versus porcelain CAD/CAM overlay restorations on endodontically treated molars. *Quintessence International (Berlin, Germany : 1985)*, 40(2), 125–33. Retrieved from http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19169444
- Nicheva, A. S., Vangelov, L. S., & Filipov, I. (2013). Endodontic retreatment and adhesive restoration of structurally compromised second premolar, 6–12.
- Scotti, N., Coero Borgia, F. A., Alovisi, M., Rota, R., Pasqualini, D., & Berutti, E. (2012). Is fracture resistance of endodontically treated mandibular molars restored with indirect onlay composite restorations influenced by fibre post insertion? *Journal of Dentistry*, 40(10), 814–20. doi:10.1016/j.jdent.2012.06.005